

腎盂・尿管がん(じんう・にょうかんだん)



[ウィンドウを閉じる](#)

基礎知識

診療の流れ

検査・診断

治療の選択

治療

生活と療養

転移・再発

更新・確認日: 2014年02月19日 [[履歴](#)]

履歴

2014年02月19日 内容を更新しました。タブ形式に変更しました。

2006年10月01日 内容を更新しました。

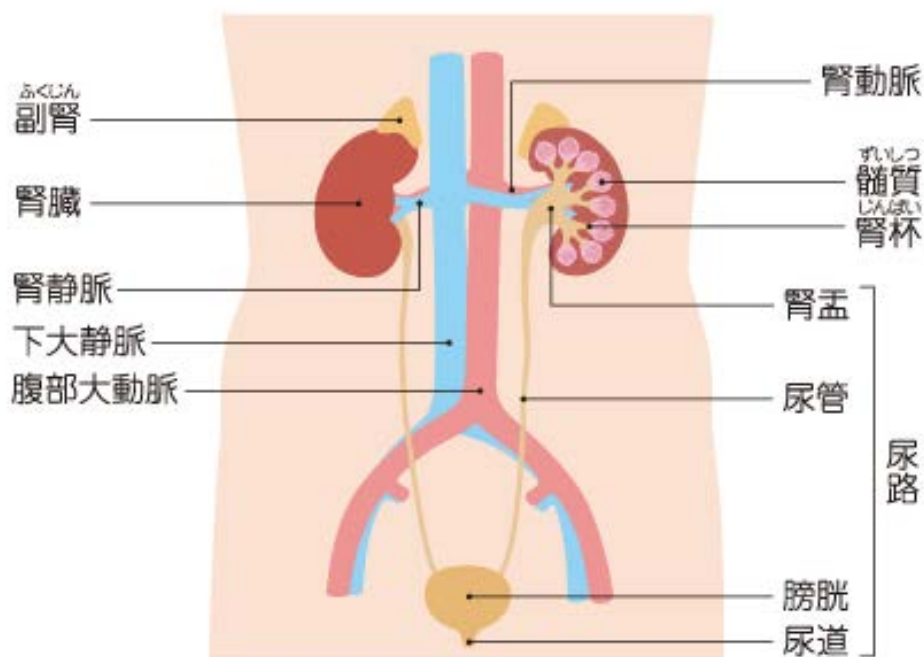
1997年03月31日 掲載しました。

[閉じる](#)

1. 腎盂・尿管について

腎臓は腎実質(腎実質はさらに皮質と髄質に分けられる)という尿をつくる部分と、腎実質によりつくられた尿が集まる腎盂(じんう)という組織からできています。尿管は腎臓と膀胱をつないでいる長い管で、左右に原則1本ずつあります。腎実質でつくられた尿は腎盂に集まり、排泄(はいせつ)のため尿管を通して膀胱へと送られます。

図1 腎盂・尿管の構造



2. 腎盂・尿管がんとは

腎盂と尿管は上部尿路と呼ばれ、ここにできるがんは「腎盂・尿管がん」という1つのグループとして扱われます。治療法にもあまり差がないために、両方をまとめて考えることが一般的です。

腎盂から尿管、膀胱、尿道の一部へとつながる尿路の内側は尿路上皮(移行上皮)と呼ばれる粘膜でできています。この細胞から発生するがんを尿路上皮がんといい、腎盂・尿管がんのほとんどを占めます。腎盂は腎臓の一部ですが、「[腎細胞がん](#)」は腎臓から発生するがんであり、腎盂・尿管がんとは性質が異なるため、別のグループとして扱われます。

腎盂・尿管がんは、尿路内のいろいろな場所に多発しやすいという特徴があります。腎盂と尿管の両方にできることもあります。左右どちらかの腎盂か尿管にがんができ、その治療後に反対側の腎盂か尿管にがんが発生することがごくまれにあります。腎盂・尿管がんでは、治療後30～50%程度で、膀胱にがんが発生することが知られています。膀胱がんの治療で、内視鏡手術などを複数回受けた場合を除けば、膀胱がん治療後に腎盂・尿管がんが発生することは多くありません。また、腎盂・尿管がんが両側に発生することも多くはありません。

3. 症状

腎盂・尿管がんでは最も多い症状は、肉眼でもわかる血尿です。尿管が血液で詰まった場合や、がんが周囲に広がった場合などには、腰や背中、わき腹の痛みが起こることもあります。これらの痛みは尿管結石(腎盂や尿管に石がある状態)と似ており、強い痛みが起こったり消えたりします。排尿痛や頻尿が起こることもあります。

がんが尿管がふさがると、腎臓の中に尿がたまった状態(水腎症)になります。これが長く続くと、腎臓が機能しなくなってしまうことがあります(無機能腎)。片方の腎臓が機能しなくなっても、もう一方の腎臓が機能を補いますので、腎不全のような、尿の出が少なくなったり、体がむくんだりなどの症状はそれほど多くは起こりません。

最近では[超音波\(エコー\)検査](#)が広く行われるようになったため、特別な症状がないうちに、検診などで発見される腎盂・尿管がんが増えています。また、水腎症があつて精密検査をした結果、腎盂・尿管がんが発見されることもあります。

4. 疫学・統計

わが国の2010年の尿路がん(腎盂・尿管・膀胱がん)の死亡数は男性約6.7千人、女性約3.3千人

で、がん死亡全体に占める割合は、男性3%、女性2%です。尿路がん(腎盂、尿管、膀胱)の死亡数では膀胱がんが最も多く、約7割を占めます(がん研究センターがん対策情報センター がん情報サービスより)。

発生のリスク要因として、喫煙やフェナセチン含有鎮痛剤などが明らかになったため、フェナセチン含有鎮痛剤は現在、薬剤としては使用されていません。

基礎知識

診療の流れ

検査・診断

治療の選択

治療

生活と療養

転移・再発

更新・確認日: 2014年02月19日 [[履歴](#)]

履歴

2014年02月19日 内容を更新しました。タブ形式に変更しました。

2006年10月01日 内容を更新しました。

1997年03月31日 掲載しました。

[閉じる](#)

1. がんの診療の流れ

この図は、がんの「受診」から「経過観察」への流れです。大まかでも、流れがみえると心にゆとりが生まれます。ゆとりは、医師とのコミュニケーションを後押ししてくれるでしょう。あなたらしく過ごすためにお役立てください。

がんの疑い

「体調がおかしいな」と思ったまま、放っておかないでください。なるべく受診しましょう。



受診

受診のきっかけや、気になっていること、症状など、何でも担当医に伝えてください。メモをしておく整理できます。いくつかの検査の予定や次の診察日が決まります。



検査・診断

検査が続いたり、結果が出るまで時間がかかることもあります。担当医から検査結果や診断について説明があります。検査や診断についてよく理解しておくことは、治療法を選択する際に大切です。理解できないことは、繰り返し質問しましょう。



治療法の 選択

がんや体の状態に合わせて、担当医は治療方針を説明します。ひとりで悩まずに、担当医と家族、周りの方と話し合ってください。あなたの希望に合った方法を見つけましょう。



治療

治療が始まります。治療中、困ったことやつらいこと、小さなことでも構いませんので、気が付いたことは担当医や看護師、薬剤師に話してください。よい解決方法が見つかるかもしれません。



経過観察

治療後の体調の変化やがんの再発がないかなどを確認するために、しばらくの間、通院します。検査を行うこともあります。

2. 受診と相談の勧め

がんという病気は、患者さんごとに症状のあらわれ方が異なります。また、症状がなく検診でがんの疑いがあると言われることもあります。何か気にかかる症状があるときや、詳しい検査が必要と言われたときには、医療機関を受診してください。疑問や不安を抱きながらも問題ないご自身で判断したり、何か見つかることを怖がって、受診を控えたりすることのないようにしましょう。受診して医師の診察を受け、症状の原因を詳しく調べることで、問題がないことを確認できたり、早期診断に結び付いたりすることがあります。

[がん診療連携拠点病院](#)のがん相談支援センターでは、がんについて知りたい、話を聞きたいという方の相談をお受けしていますので、お気軽に訪ねてみてください。その病院にかかっているなくても、どなたでも無料で相談できます。対面だけでなく、電話などでも相談することができますので、わからないことや困ったことがあったらお気軽にご相談ください。

詳しくは、「[がんの相談窓口『がん相談支援センター』](#)」をご覧ください。

お近くのがん相談支援センターは「[がん相談支援センターを探す](#)」から検索することができます。

3. がんと言われたとき

がんという診断は誰にとってもよい知らせではありません。ひどくショックを受けて、「何かの間違いではないか」「何で自分が」などと考えるのは自然な感情です。

病気がどのくらい進んでいるのか、果たして治るのか、治療費はどれくらいかかるのか、家族に負担や心配をかけたくない…、人それぞれ悩みは尽きません。気持ちが落ち込んでしまうのも当然です。しかし、あまり思い詰めてしまっては、心にも体にもよくありません。

この一大事を乗りきるためには、がんと向き合い、現実的かつ具体的に考えて行動していく必要があります。そこで、まずは次の2つを心がけてみませんか。

1) 情報を集めましょう

まず、自分の病気についてよく知ることです。担当医は最大の情報源です。担当医と話すときには、あなたが信頼する人にも同席してもらおうといいでしょう。わからないことは遠慮なく質問してください。また、あなたが集めた情報が正しいかどうかを、あなたの担当医に確認することも大切です。

「知識は力なり」。正しい知識は、あなたの考えをまとめるときに役に立ちます。

2) 病気に対する心構えを決めましょう

大きな病気になると、積極的に治療に向き合う人、治るという固い信念を持って臨む人、なるようにしかならないと受け止める人などいろいろです。どれがよいということはなく、その人なりの心構えでよいのです。そのためには、あなたが自分の病気のことをよく知っていることが大切です。病状や治療方針、今後の見通しなどについて担当医からよく説明を受け、いつでも率直に話し合い、その都度十分に納得した上で、病気に向き合うことに尽きるでしょう。

情報不足は、不安と悲観的な想像を生み出すばかりです。あなたが自分の病状について理解した上で治療に取り組みたいと考えていることを、担当医や家族に伝えるようにしましょう。

お互いが率直に話し合うことが、お互いの信頼関係を強いものにし、しっかりと支え合うことにつながります。

基礎知識

診療の流れ

検査・診断

治療の選択

治療

生活と療養

転移・再発

更新・確認日：2014年02月19日 [[履歴](#)]

履歴

2014年02月19日 内容を更新しました。タブ形式に変更しました。

2006年10月01日 内容を更新しました。

1997年03月31日 掲載しました。

[閉じる](#)

1. 検査

目で見て血尿があった場合、出血源を明らかにするために[膀胱鏡検査](#)を行います。また、尿のがん細胞の有無を確認する尿細胞診検査(参照:[細胞診検査](#))を行います。腹部の[超音波検査](#)は、簡便で有用な検査です。さらに、腎機能に問題がなければ、排泄性(静脈性)腎盂造影(IVPまたはDIP)と呼ばれる検査、あるいはCTを用いた、CT urographyが行われます。

以上の検査によって異常が指摘された場合、逆行性腎盂造影(RP)が実施されます。また、施設によっては、軟性尿管鏡という器具を用いて、直接腫瘍を確認したり、処理したりする場合があります。

がんであると診断された場合は、がんの広がりを調べるため、[CT検査](#)や[骨シンチグラフィ](#)、胸部X線撮影などを行います。

1) 腹部超音波(エコー)検査

患者さんに対する負担が少なく、最初に行う検査としては簡便で有用です。腎盂内にがんがあるかどうか、水腎症を起こしているかどうか、リンパ節に転移しているかどうかなどがわかります。

2) 膀胱鏡検査(内視鏡検査)

膀胱鏡検査は、膀胱鏡(膀胱の内視鏡)を尿道から膀胱へ挿入して行う[内視鏡検査](#)です。腎盂・尿管がんよりも膀胱がんの発生頻度のほうが高いので、はじめに膀胱がんを疑って検査します。膀胱内にがんがなければ、左右の尿管口から出血がないかを確認します。

3) 尿細胞診検査

尿にがん細胞が出ていないかどうかを確認するために行います。尿細胞診検査は5段階または3段階で評価されます。5段階の場合、1、2は悪性所見なし、3は疑陽性(悪性の疑い)であり、4、5では悪性所見が強く疑われます。しかし、がんがあっても尿細胞診検査で異常を認めないこともあるため、検査の結果が陰性であるからといってがんがないとはいえません。ほかの検査と併せて判断します。

4) 排泄性腎盂造影(IVPまたはDIP)

腎機能に問題がなければ、排泄性腎盂造影(IVPまたはDIP)が行われます。

これは、静脈性尿路造影とも呼ばれます。造影剤を静脈にいれて、X線撮影を何回か行います。尿の流れに異常があるかどうか分かり、がんの有無を判断することができます。腎盂・尿管がんの90%以上に異常所見がみられるため、腎盂・尿管がんの診断をするためには重要な検査です。

この検査では、造影剤に含まれるヨードによりアレルギーが起こることがあります。薬剤によるアレルギーの経験がある方や不安のある方は、担当医に必ず申し出てください。

最近では、この検査の代わりに、より詳細な情報が得られるとされている、CTによる検査(CT urography)が行われることもあります。

5) 逆行性腎盂造影(RP)

ここまでの検査で異常が見つかり、腎盂・尿管がんが疑われた場合、逆行性腎盂造影(RP)が行われることがあります。膀胱鏡を尿道から入れ、膀胱内の尿管口からカテーテル(細い管)を挿入します。この時、尿管から直接尿を採取し、尿細胞診検査を行うことがあります。さらに、このカテーテルから造影剤を注入してX線撮影を数回行い、腎盂や尿管の形状を観察します。排泄性腎盂造影(IVPまたはDIP)ではよく見えなかった部位や、その他の異常を明らかにすることができます。カテーテルがどうしても挿入できない場合や、尿管の下端だけしか造影されない場合などは、超音波を使用しながら、細い針で腎盂を穿刺して造影することがあります。

6) 尿管鏡検査

腎盂・尿管がんが疑われても、これまでの検査で診断するには十分な所見が得られなかった場合、尿管鏡検査が行われることがあります。この検査は麻酔をして行います。まず尿道から膀胱内に内視鏡を入れ、尿管口から尿管、腎盂まで内視鏡を進めます。内視鏡で尿管や腎盂の様子を観察できることと、異常が疑われる部分の組織を採取すること(生検)も可能です。生検した組織を顕微鏡で調べることで、浸潤性の有無、がん細胞の様子(異型度)が術前に判定できる場合があります。

7) CT検査、胸部X線検査、骨シンチグラフィ

腎盂・尿管がんと診断された場合には、がんの広がりや、リンパ節、肺、骨、肝臓などへの転移がないかどうかを調べるためにCT、胸部X線、骨シンチグラフィ、MRIなどの画像検査を行います。CTはX線を使い、体の内部を画像として確認できるようにする方法です。通常はアイソトープ(放射性同位元素)のヨードを造影剤として使います。CTでは、がんの広がり具合や、リンパ節、肺、胃、肝臓などへの転移がないかを調べることができます。最近では、CT urographyと呼ばれる手法を用いることで、IVPまたはDIPより病巣を正確に把握することができるとされています。

造影剤に対するアレルギーがある場合や、腎機能に問題がある場合には、MRIによる検査を

行うこともあります。骨シンチグラフィはアイソトープ(放射性同位元素)を使った骨のX線検査です。

造影剤を使用する場合、アレルギーが起こることがあります。薬剤によるアレルギーの経験のある方や不安のある方は、担当医に必ず申し出てください。

2. 病期(ステージ)

病期(臨床病期)とは、がんの進行の程度を示す言葉で、英語をそのまま用いてStage(ステージ)ともいいます。医師による説明では、「ステージ」という言葉が使われることが多いかもしれません。0から4の病期に分けられており、ローマ数字が使われます。病期は、がんがどのくらい広がっているか、リンパ節や別の臓器へのがんの転移があるかどうかで決まります。腎盂・尿管がんは、0期、I期、II期、III期、IV期に分類されます。

腎盂・尿管がんではTNM分類に基づいて、病期を判定します。Tは原発腫瘍(原発巣: primary Tumor)、Nは所属リンパ節(regional lymph Nodes)、Mは遠隔転移(distant Metastasis)の頭文字です。

下記表1であてはまるT因子を選び、表2で転移の有無と併せて確認すると、病期がわかります。

表1 腎盂・尿管がんの病期分類(T因子)

Ta	乳頭状非浸潤がん(粘膜にとどまり浸潤のないがん)
Tis	上皮内がん
T1	がんが腎盂・尿管の上皮の下の結合組織に広がっている
T2	がんが腎盂・尿管の粘膜を越えて広がり、筋肉の層に及んでいる
T3	がんが腎盂・尿管の筋肉の層を越えて、外側の組織(腎盂の場合:腎盂周囲の脂肪組織または腎臓／尿管の場合:尿管周囲の脂肪組織)まで及んでいる
T4	がんが隣接する臓器または、腎臓を越えてまわりの脂肪組織まで広がっている

日本泌尿器科学会・日本病理学会・日本医学放射線学会編

「泌尿器科・病理・放射線科 腎盂・尿管・膀胱癌取扱い規約 2011年4月(第1版)」(金原出版)より作成

表2 腎盂・尿管がんの臨床病期(TNM分類)

広がり (T因子)	リンパ節 ・転移	リンパ節や別の臓器に 転移を認めない	リンパ節転移があるか、 別の臓器に転移がある
Ta		Oa	IV
Tis		Ois	IV
T1		I	IV
T2		II	IV
T3		III	IV
T4		IV	IV

日本泌尿器科学会・日本病理学会・日本医学放射線学会編

「泌尿器科・病理放射線科 腎盂・尿管・膀胱癌取扱い規約 2011年4月(第1版)」(金原出版)より作成

病期を明らかにしてから、その病期によって治療方法を選択しますが、必ずしも治療前に決まった病期が正しいとは限りません。手術を行って摘出した組織を顕微鏡で調べる[組織診検査](#)の結果が、術前の画像診断と必ずしも一致しないこともあるからです。その場合は、組織診検査の結果に従ってその後の治療方法を選択します。

組織診検査により、がん細胞の組織型や細胞の[異型度](#)、浸潤の有無、[リンパ節転移](#)などが調べられます。

基礎知識

診療の流れ

検査・診断

治療の選択

治療

生活と療養

転移・再発

更新・確認日：2020年02月27日 [[履歴](#)]

履歴

2020年02月27日 「2. 治療成績」を掲載しました。

2014年02月19日 内容を更新しました。タブ形式に変更しました。

2006年10月01日 内容を更新しました。

1997年03月31日 掲載しました。

[閉じる](#)

1. 臨床病期による治療選択

転移のない腎盂・尿管がんに対する治療方針は、外科療法が主体です。術前の[画像診断](#)などに

より浸潤がんであることが疑われた場合は、抗がん剤による化学療法を施行した後、手術を行うことがあります。手術は、尿管下端部を残すと、残した尿管にがんが発生しやすいこと、また対側にはがんがほとんど発生しないことを考慮して、がんが発生した片側の腎臓、尿管、さらには膀胱壁の一部も含めた腎尿管全摘、膀胱部分切除を施行するのが一般的です。腎盂は腎臓の内側に位置するため、腎臓全体を摘出することが必要です。尿管のがんの場合には、腎臓を摘出せず、尿管の部分切除が行われることがあります。

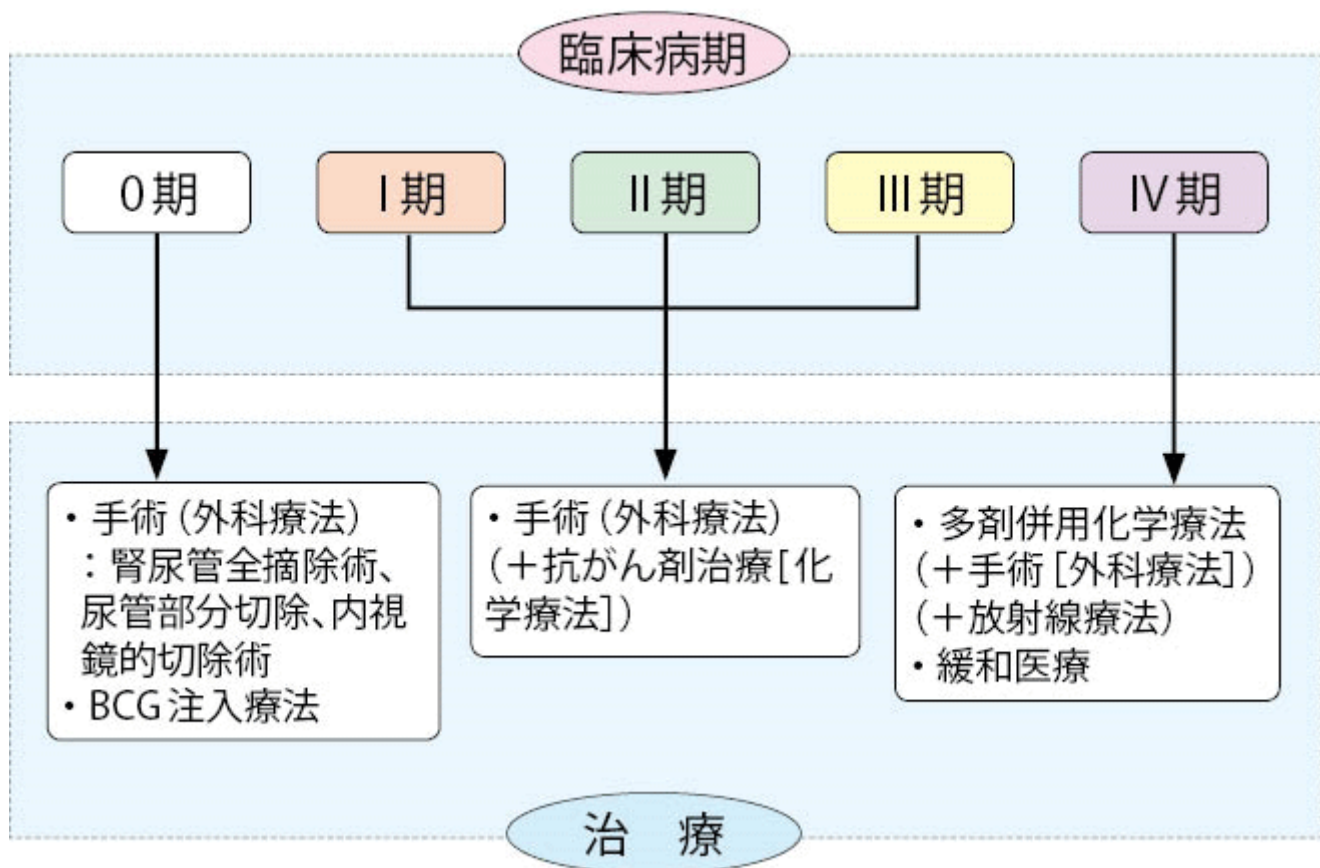
表在がんの治療成績は良好ですが、膀胱内に再発しやすいという特徴があります。浸潤性のがんであった場合、予後は膀胱がんより不良であることが多くなっています。これは、尿管壁は非常に薄いため、浸潤性の尿管がんの場合は、容易に壁外に進展するからです。また、浸潤性の腎盂がんでは、血管やリンパ管が豊富な腎実質内へ進展し、転移することが多いからでもあります。このため、手術の結果、浸潤性のがんでであると判明した場合は抗がん剤の治療を行い、再発を少しでも少なくするような治療を行う必要があることもあります。

すでにリンパ節やほかの臓器に転移している場合、外科療法の適応にはなりません。この場合は、シスプラチンと呼ばれる抗がん剤を中心とした数種類の抗がん剤を用いた化学療法(多剤併用化学療法)を行います。前述した、浸潤がんが疑われる場合の術前化学療法も、同様になります。

また、放射線療法もありますが、尿路上皮がんに対する効果は十分ではないため、すでに転移があり根治術が望めない場合などに行っています。

次に示すのは、病期と治療方法の関係をあらわす図です。担当医と治療方針について話し合う際の参考にしてください。

図2 腎盂・尿管がんの臨床病期と治療



2. 治療成績

がんの治療成績を示す指標の1つとして、生存率があります。生存率とは、がんと診断されてからある一定の期間経過した時点で生存している割合のことで、通常はパーセンテージ(%)で示されます。がんの治療成績を表す指標としては、診断から5年後の数値である5年生存率がよく使われます。

なお、生存率には大きく2つの示し方があります。1つは「実測生存率」といい、死因に関係なくすべての死亡を計算に含めた生存率です。他方を「相対生存率」といい、がん以外の死因を除いて、がんのみによる死亡を計算した生存率です。

以下のページに、国立がん研究センターがん対策情報センターがん登録センターが公表している院内がん登録から算出された生存率を示します。ここでは、科学的根拠に基づく情報を迅速に提供する目的で、5年生存率より新しいデータで算出をした3年生存率についても情報提供をしています。

※データは平均的、かつ確率として推測されるものであるため、すべての患者さんに当てはまる値ではありません。

• 関連情報

3. 自分に合った治療法を考える

治療の方針が決まると、手術(外科療法)や放射線療法など、具体的な治療の方法と予定について担当医から説明を受けます。治療の流れや治療後の状態についてあらかじめ思い描いておくことで、より積極的に、社会復帰に向けたリハビリテーション(リハビリ)ができたり、療養生活を過ごすことができるようになったりという効果もあります。

治療方法は、全て担当医に任せたいという患者さんがいらっしゃいます。一方、自分の希望を伝えたくて一緒に治療方法を選びたいという患者さんも増えています。どちらが正しいというわけではなく、患者さん自身が納得できる方法が一番です。

まずは、自分の症状を詳しく把握することが大切です。あなたの体を一番よく知っているのは担当医です。わからないことは、何でも質問してみましょう。そして、診断を聞くときには、病期を確認して把握しましょう。治療法は、病期によって異なります。医療者とうまくコミュニケーションをとりながら、自分に合った治療法であることを確認してください。

診断や治療法を十分に納得した上で、治療を始めましょう。担当医に何でも相談でき、治療方針に納得できれば、スムーズに治療を始めることができます。

担当医以外の医師の意見(セカンドオピニオン)を聞くことも可能です。希望する場合は、担当医に話してみましょう。多くの医師はセカンドオピニオンを聞くことは一般的なことと理解していますので、快くセカンドオピニオンに必要な資料をつくってもらえるはずです。

セカンドオピニオンについては「[セカンドオピニオン](#)」もご参照ください。

[基礎知識](#)[診療の流れ](#)[検査・診断](#)[治療の選択](#)[治療](#)[生活と療養](#)[転移・再発](#)更新・確認日: 2014年02月19日 [[履歴](#)]

履歴

2014年02月19日 内容を更新しました。タブ形式に変更しました。

2006年10月01日 内容を更新しました。

1997年03月31日 掲載しました。

[閉じる](#)

1. 手術(外科療法)

腎盂・尿管がんの治療は、手術が中心になります。ただし、表在がん(粘膜にとどまっているがん)であるか浸潤がんであるかどうかによって、治療方針が多少異なります。**転移**がなければ基本的に手術を行います。尿路上皮がんは多発・**再発**するのが特徴なので、がんのある部分のみの切除は一般に行われません。

1) 腎尿管全摘除術および膀胱部分切除術

がんのある片側の腎臓、尿管、さらに膀胱壁の一部を含めた全ての上部尿路の摘出および膀胱部分切除を行うことが多いです。腎臓と尿管全体を摘出するため、その腎臓の側の腎盂や尿管からの再発の心配はありません。ただし、膀胱内にがんの再発がみられる場合があります。

腎臓は左右に1つずつあるため、片方の腎臓を摘出しても、もう一方の腎臓が正常に機能すれば生活上の制限はあまりなく、人工透析が必要になることはまれです。

2) 尿管部分切除

がんが尿管のみにある場合、あるいは1つしかない腎臓の腎盂や尿管にがんが発生した場合などは、腎臓を摘出せず、尿管の部分切除を行うこともあります。しかし、残った部分に再発する可能性がありますので、治療選択の際には担当医とよく相談して治療方針を決定してください。

3) 内視鏡的切除術

各種画像検査や尿管鏡検査で尿管がんと診断された場合、悪性度の診断と治療をかねて内視鏡的切除術を行うことがあります。内視鏡と器具を使用して、がんを切除します。一般に、単発で悪性度の低い小さながんに用いる方法です。

【手術に伴う主な合併症について】 閉じる

●腎臓を摘出することによる腎機能の低下

腎細胞がんや腎盂がんの手術で片方の腎臓を摘出する場合でも、血液の中の老廃物を濾過して尿として排出する腎臓の機能は、残ったもう片方の腎臓で補うことができるので、通常は問題ありません。しかし、もともと糖尿病による腎機能の低下がある場合などでは、片方の腎臓で機能を十分補うことができないため、尿量が減ったり、血圧が不安定になったり、むくんだりすることがあります。片方の腎臓の摘出を行った場合、残った腎臓の機能が十分であれば、一時的に尿量が減ったり、血圧が不安定になったり、むくみが出るといったことがあっても、数週間もすれば、腎機能は正常に戻り、尿量や血圧も安定します。腎機能の低下がある場合には、並行して治療していきます。両方の腎臓の摘出を行うなどで腎臓の機能が失われた場合には、人工透析や腎移植を行う必要があります。

閉じる

2. 化学療法(抗がん剤治療)

浸潤性の尿管がんは外側に広がりやすい特徴があります。また浸潤性の腎盂がんは腎臓の中に広がったり転移したりすることも少なくありません。そのため、術前の画像診断によりがんの浸潤が認められた場合や手術後の組織診検査の結果によっては、手術前後に抗がん剤治療を行うことがあります。また、すでにリンパ節や別の臓器に転移している場合は、数種類の抗がん剤を組み合わせる多剤併用化学療法が試みられます。このような転移例の場合にも、抗がん剤治療の効果をみて、手術や放射線治療を追加することもあります。

抗がん剤の効果と副作用には個人差があるため、効果と副作用の両方を評価しながら抗がん剤治療を行います。

【化学療法(抗がん剤治療)の副作用について】 閉じる

治療中の主な副作用は、白血球減少、血小板減少、腎機能障害(腎臓の機能が低下すること)、さらに抗がん剤による吐き気・嘔吐、食欲不振、脱毛などがあります。抗がん剤の副作用を軽減するために、連日、栄養剤や体液維持液の点滴注射が行われます。また、吐き気を抑える薬を使用します。治療の11日目あたりをピークとし、白血球がかなり少なくなり、感染に対して抵抗力がなくなります。白血球が減少した時期、何の感染がなくても熱が出たりします。これらの症状は白血球が上昇するにつれ改善します。

閉じる

3. 放射線療法

放射線による治療は、高エネルギーのX線でがんを小さくする効果があります。しかし、腎盂・尿管がんなどの尿路上皮(移行上皮)がんにはあまり高い効果は期待できません。転移があつて根治が望めない場合や年齢、合併症などにより手術が難しい場合、痛みなどの不快な症状を緩和するために放射線療法が選択されることもあります。

放射線療法には、だるさや吐き気など、いくつかの急性期の副作用がありますが、5年、10年と時間が経過してから副作用の出現(晩期合併症)が起こることもあります。

【放射線療法の副作用について】 [閉じる](#)

副作用は、主として放射線が照射された部位に起こりますので、症状は部位によって異なります。だるさ、白血球減少、吐き気、嘔吐、食欲低下、下痢、皮膚炎などがあり、個人によって程度が異なります。症状が強い場合は、症状を和らげる治療をします。通常は、治療後時間がたつと次第に落ち着いてきますが、ときに長引くことや悪化することがあります。

[閉じる](#)

4. 腔内注入療法

腎盂・尿管内注入療法(BCG)

腎盂・尿管の上皮内がんの場合には、腎臓を温存するために、結核に対するワクチンとして使われるBCGを、カテーテルで腎盂・尿管に注入する方法が選択されることがあります。また、腎機能が悪いために、腎臓の摘出が行えない場合、表在がんの治療や再発予防のためにBCGを使用する場合がありますが、治療効果についての評価は定まっていません。

副作用としては、発熱のほかに、結核菌が血液によって運ばれ、多臓器に結核病変が形成される重症結核症があります。

基礎知識

診療の流れ

検査・診断

治療の選択

治療

生活と療養

転移・再発

更新・確認日: 2014年02月19日 [[履歴](#)]

履歴

2014年02月19日 内容を更新しました。タブ形式に変更しました。

2006年10月01日 内容を更新しました。

1997年03月31日 掲載しました。

1. 手術後に日常生活を送る上で

腎臓、尿路の手術をしてもこれまでどおりの生活ができます。腎細胞がんや腎盂がんで片方の腎臓を摘出したり、尿管、膀胱の手術をしたりすると、残されたもう片方の腎臓への負担や治療後の傷を気にして、「安静にして水分をとることを控えた方がよいのではないか」と考えることがあるかもしれませんが、しかし腎臓は、1つになってもこれまでどおりの働きをします。また、適切な水分をとることは、腎臓の機能を維持するためにも、尿路への感染を予防するためにも大変重要です。担当医に、水分をとる際の制限がないか確認した上で、水分は多めにとるようにしましょう。

また、腎臓の機能が問題なければ、通常は食事を制限する必要はありません。暴飲暴食を避け、消化のよいものを規則正しく食べましょう。特に下腹部の手術の後には、下痢や便秘になりやすいので、様子をみながら少しずつ慣らすように食事をとるとよいでしょう。

また、薬の中には、腎臓の機能に影響を与える可能性があるものもあります。ほかの医療機関から処方されている薬を服用するときには、必ず担当医に相談しましょう。

2. 手術後の経過観察と検査

治療を行った後の体調確認のため、また再発や転移の有無を確認するために、定期的に通院して、検査などを行います。再発の危険度が高いほど頻繁、かつ長期間通院することになります。

腎盂・尿管がんは、膀胱内に再発しやすいという特徴があるので、医師の指示に従い、定期的に、腎臓から膀胱までの尿路の確認を行う必要があります。膀胱鏡検査などで再発の有無とともに、CT検査(またはMRI検査)、超音波検査、排泄性腎盂造影検査、胸部のX線検査、採血検査などで遠隔転移がないかどうか調べます。腎盂や尿管の壁が薄いことから、特に進行がんでは、がんが粘膜の外側に広がりやすく、また転移も起こしやすいので注意が必要です。

基礎知識

診療の流れ

検査・診断

治療の選択

治療

生活と療養

転移・再発

更新・確認日: 2014年02月19日 [履歴]

履歴

2014年02月19日 内容を更新しました。タブ形式に変更しました。

2006年10月01日 内容を更新しました。

1997年03月31日 掲載しました。

1. 転移

転移とは、がん細胞がリンパ液や血液の流れで運ばれ別の臓器に移動し、そこで成長したものをいいます。がんを手術で全部切除できたように見える場合でも、その時点ですでにがん細胞が別の臓器に移動している可能性があり、手術した時点では見つけられなくても、時間がたってから転移として見つかることがあります。

リンパ節への転移とともに、付近の脊椎骨などに直接広がることもあり、肺、肝臓、骨などへの遠隔転移も起こります。

2. 再発

再発とは、治療により目に見える大きさのがんがなくなった後、再びがんが出現することをいいます。腎盂・尿管がんの再発には、腔内再発と局所再発があります。

腔内再発とは、腎盂・尿管がんの手術後に同じ尿路(例えば膀胱)内にがんが発生することをいいます。この場合にはそれぞれのがんの病期に従って、その時点で最適な治療法を選択します。腎盂・尿管がんでは、治療後30～50%程度で膀胱にもがんが発生することが知られています。

局所再発とは、手術や抗がん剤治療後に、もともとがんがあった部位に再びがんが出現することをいいます。この場合、再度手術できることはまれで、再発前に使ったものとは異なる抗がん剤や放射線治療、緩和ケアによる治療が一般的です。

再発といってもそれぞれの患者さんで状態は異なります。転移が生じている場合には、治療方法も総合的に判断する必要があります。それぞれの患者さんの状況に応じて治療やその後のケアを決めていきます。

3. 生活の質を重視した治療

近年、がんと診断されたときから、クオリティ・オブ・ライフ(QOL:生活の質)の改善を目的とし、がんに伴う体と心のさまざまな苦痛やつらさを和らげたり、患者さんご家族がそれぞれ、自分らしく過ごすための緩和ケアが浸透しはじめています。

緩和ケアは、がんが進行した場合だけではなく、がんと診断されたときから必要に応じて行われるものです。痛み、吐き気、食欲不振、だるさなど体の症状や、気分の落ち込み、孤独感など心のつらさを軽くすること、また、自分らしい生活を送ることができるように、緩和ケアでは医学的な側面

に限らず、幅広い対応をしていきます。

治療や療養生活について不安なこと、わからないことがあれば、ご自身の思いを積極的に担当医に伝えましょう。

緩和ケアについては「[緩和ケア](#)」もご参照ください。

再発や転移についてや、痛みが強いときの治療については、「患者必携 がんになったら手にとるガイド 普及新版」の以下の項目もご参照ください。

「[がんの再発や転移のことを知る](#)」

「[痛み](#)」

「もしも、がんが再発したら[患者必携]本人と家族に伝えたいこと」

がんの再発に対する不安や、再発に直面したときの支えとなる情報をまとめた冊子です。がんの再発という事態に直面しても、「希望を持って生きる」助けとなりたいという願いを込めて、再発がんの体験者、がん専門医らとともに検討を重ねて作成されたものです。



[ウィンドウを閉じる](#)

© 2015 国立研究開発法人国立がん研究センターがん対策情報センター